



BENEFICIOS PARA EL 2026

Guía para empleados nuevos

Período de vigencia del plan de beneficios: del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026



Crystal Geysler Water Company le ofrece a usted y a sus familiares elegibles un programa de beneficios integral y valioso. Esta guía fue diseñada para ayudarlo a conocer sus opciones de beneficios y la manera cómo inscribirse a través de su ventana de inscripción.

Lo invitamos a tomarse el tiempo necesario para informarse sobre sus opciones y elegir la mejor cobertura para usted y su familia. Como recordatorio, esta es su oportunidad anual para efectuar cambios en sus beneficios.

No puede efectuar cambios en sus planes fuera del período de inscripción abierta, a menos que experimente un evento de vida admisible.

Contenido de esta guía

Elegibilidad para recibir beneficios	3
Inscribirse en los beneficios	4
Beneficios médicos	5
Beneficios de medicamentos recetados	6
Telemedicina	7
Control de los costos de atención médica	7
Beneficios odontológicos	8
Beneficios oftalmológicos	9
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	10
Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	11
Beneficios por discapacidad	12
Beneficios del seguro de vida y seguro por AD&D	13
Seguro de vida completo voluntario con atención a largo plazo	14
Beneficios voluntarios	15
Seguro para mascotas	17
Planes de servicios legales/de robo de identidad	18
Servicios de salud conductual	19
Detección de cáncer	20
Plan de jubilación 401(k)	21
Información de contacto de las aseguradoras	22
Avisos legales	23

Elegibilidad para recibir beneficios



¿Quiénes son elegibles para seleccionar beneficios?

Si usted es un empleado elegible para los beneficios (empleado regular a tiempo completo o parcial que trabaja un mínimo de **30 horas** por semana), puede elegir inscribirse para recibir los beneficios que se describen en esta guía.

Dependientes elegibles

Recuerde que solamente se pueden inscribir los dependientes elegibles. Entre los dependientes elegibles se incluyen los siguientes:

- Su cónyuge o pareja de hecho*
- Si es menor de 26 años, si es su hijo biológico, hijo adoptivo, niño de acogida, hijastro o nieto (si está bajo custodia por orden judicial)
- Dependientes mayores de 26 años que no pueden sustentarse por sí mismos debido a una discapacidad física o mental

* La cobertura médica, odontológica y oftalmológica para los empleados en convivencia doméstica con parejas del mismo sexo o de sexos opuestos se encuentra disponible en los estados que no reconocen a las parejas de hecho. También se ofrece cobertura a los hijos dependientes de las parejas domésticas. Sin embargo, la convivencia doméstica debe estar legalmente reconocida por el estado y el empleado deberá presentar un certificado que deje constancia de esto.

Cómo realizar cambios en el plan durante el año del plan: eventos de vida admisibles

A menos que experimente un evento de vida admisible, no puede efectuar cambios en sus beneficios hasta el próximo período de inscripción abierta. Los eventos de vida admisibles incluyen:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Cambio en la situación de dependencia del hijo
- Fallecimiento de un cónyuge, hijo u otro dependiente admisible
- Cambios en la situación laboral o un cambio en la cobertura de otro plan patrocinado por el empleador

Debe notificar a Recursos Humanos dentro de los 31 días de haber experimentado un evento de vida admisible.

Los siguientes beneficios están disponibles para usted y sus familiares elegibles:

Para su salud	Para sus recursos	Para su estilo de vida
<ul style="list-style-type: none">• Seguro médico y de medicamentos recetados• Seguro odontológico• Seguro oftalmológico• Cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés)• Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés)• Seguro por enfermedad grave• Seguro de accidentes• Seguro de indemnización hospitalaria• Apoyo para la atención del cáncer	<ul style="list-style-type: none">• Seguro de discapacidad a corto plazo (STD, por sus siglas en inglés)• Seguro de discapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés)• Seguro de vida básico y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)• Seguro de vida complementario y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)• Plan de ahorros 401(k) para la jubilación• Seguro de vida completo con atención a largo plazo	<ul style="list-style-type: none">• Seguro por robo de identidad• Seguro de protección legal• Seguro para mascotas• Servicio de salud conductual de Lyra

Inscribirse en los beneficios

¿Cuándo comienza la cobertura?

La cobertura comienza el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación. Si es contratado el primer día del mes, la cobertura es efectiva desde su fecha de contratación.

Cómo inscribirse

Para asegurarse de que su elección de beneficios sea procesada, por favor complete y devuelva su formulario de inscripción de beneficios completado al siguiente correo electrónico:

- Margaretp@crystalgeyser.com



Beneficios médicos

Administrados por Anthem Blue Cross y Kaiser

Crystal Geysler ofrece varias opciones de planes médicos para ayudarle a usted y a su familia a encontrar la cobertura adecuada. Todos los planes incluyen la cobertura de medicamentos recetados.



	PPO de Anthem Blue Cross		Plan HMO de Kaiser de \$15	HMO (DHMO) de Kaiser de \$1,000	Plan HSA de Kaiser de \$2.000
	Dentro de la red	Fuera de la red	Únicamente centros de Kaiser en CA	Únicamente centros de Kaiser en CA	Únicamente centros de Kaiser en CA
Deducible anual (individual/familiar)	\$400/\$1,200	\$2,000/\$6,000	Ninguno/Ninguno	\$1,000/\$2,000	\$2,000/\$4,000
Máximo de gastos por cuenta propia anual (individual/familiar)	\$1,500/\$4,500 (deducible incluido)	\$5,000/\$15,000 (deducible incluido)	\$1,500/\$3,000	\$3,000/\$6,000	\$3,400 / \$6,400
Máximo de la póliza	Ilimitado		Ninguno	Ninguno	Ninguno
Atención preventiva	Cobertura del 100%	El plan cubre el 70%*	Sin copago	Sin copago	Sin copago
Consulta con un médico de atención primaria (PCP)	Copago de \$20	El plan cubre el 70%*	Copago de \$15	Copago de \$30	Copago de \$30
Consulta con un especialista	Copago de \$40	El plan cubre el 70%*	Copago de \$15	Copago de \$30	Copago de \$30
Hospitalización	El plan cubre el 90%*	\$100 por admisión, luego el plan cubre el 70%*	Copago de \$100 por admisión	El plan cubre el 80%*	Copago de \$250 por admisión*
Cirugía ambulatoria/ centros quirúrgicos ambulatorios	El plan cubre el 90%*	\$50 por visita al centro, luego el plan cubre el 70%*	Copago de \$15 por procedimiento	El plan cubre el 80%*	Copago de \$150 por admisión*
Centro de urgencias	El plan cubre el 90%*		Copago de \$15	Copago de \$30	Copago de \$30
Sala de emergencias	El plan cubre el 90%*		Copago de \$150 por visita (se exime del copago si es hospitalizado, pero se aplica un copago hospitalario de \$100)	El plan cubre el 80%* (se exime del copago si es hospitalizado, pero se aplica un coaseguro hospitalario)	Copago de \$100 por visita* (se exime del copago si es hospitalizado, pero se aplica un copago hospitalario de \$250)

* Después del deducible

Nota: esta tabla solo incluye una lista parcial de los servicios cubiertos. Encontrará información más detallada en la Descripción del resumen del plan (SPD) de cada plan.

Consulte la siguiente página para conocer las deducciones mensuales del salario correspondientes a los planes médicos/de medicamentos recetados.

Beneficios de medicamentos recetados

Administrados por Anthem Blue Cross y Kaiser

Si elige uno de los planes médicos, usted y sus dependientes elegibles recibirán automáticamente la correspondiente cobertura de medicamentos recetados que se describe a continuación.



	PPO de Anthem Blue Cross	HMO (DHMO) de Kaiser de \$1,000	Plan HMO de Kaiser de \$15 y HSA de Kaiser de \$2,000
		Únicamente centros de Kaiser en CA	Únicamente centros de Kaiser en CA
Suministro para 30 días como máximo			
Medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$10	Copago de \$10
Marca preferida	Copago de \$20	Copago de \$30	Copago de \$30
Marca no preferida	Copago de \$35	N/A	N/A
Medicamentos especializados	Copago de \$50	Cobertura del 20% hasta un límite de copago de \$150 por receta	Cobertura del 20% hasta un límite de copago de \$150 por receta
Farmacia de pedidos por correo dentro de la red			
Suministro para 90 días como máximo			
Medicamentos genéricos	Copago de \$20	Copago de \$10	Copago de \$20
Marca preferida	Copago de \$40	Copago de \$30	Copago de \$60
Marca no preferida	Copago de \$70	N/A	N/A
Medicamentos especializados	Copago de \$100	N/A	N/A

Nota: esta tabla solo incluye una lista parcial de los servicios cubiertos. Encontrará información más detallada en la Descripción del resumen del plan (SPD) de cada plan.

Deducciones mensuales del salario correspondientes a los servicios médicos/de medicamentos recetados

	PPO de Anthem Blue Cross	HMO de Kaiser de \$15	HMO de Kaiser de \$1,000	HSA de Kaiser de \$2,000
Empleado únicamente	\$191.35	\$188.08	\$87.26	\$74.67
Empleados + Cónyuge/ pareja doméstica	\$867.11	\$870.64	\$459.95	\$393.50
Empleado + hijo(s)	\$707.99	\$672.77	\$370.87	\$264.40
Familia	\$1,178.30	\$1,163.50	\$721.56	\$594.44

Telemedicina

Administrada por Anthem

Disponible para miembros inscritos en Anthem

Livehealth Online:

Consulte ahora mismo a un médico en línea 24/7, sin costo para usted, sobre afecciones comúnmente tratadas. Visite www.livehealthonline.com para comenzar.

Si necesita atención médica, pero no tiene tiempo o no quiere asumir el costo de desplazarse hasta el consultorio médico, Anthem Blue Cross y Kaiser le ofrecen consultas por video.

Pueden realizarse en cuestión de minutos y sin necesidad de desplazamientos; es rápido, práctico y le ayuda a ahorrar dinero. Los médicos están disponibles para tratar muchas afecciones médicas comunes en horarios que a usted le resulten convenientes.

Reciba atención para:

- Resfriados, gripe y sinusitis
- Infecciones urinarias
- Asesoramiento sobre traumas y apoyo psicológico para personas en duelo
- Náuseas y vómitos
- Dolores de cabeza y migrañas
- Insomnio, depresión y cambios del estado de ánimo
- Asma, alergias y erupciones
- Estrés y ansiedad

Cómo empezar:

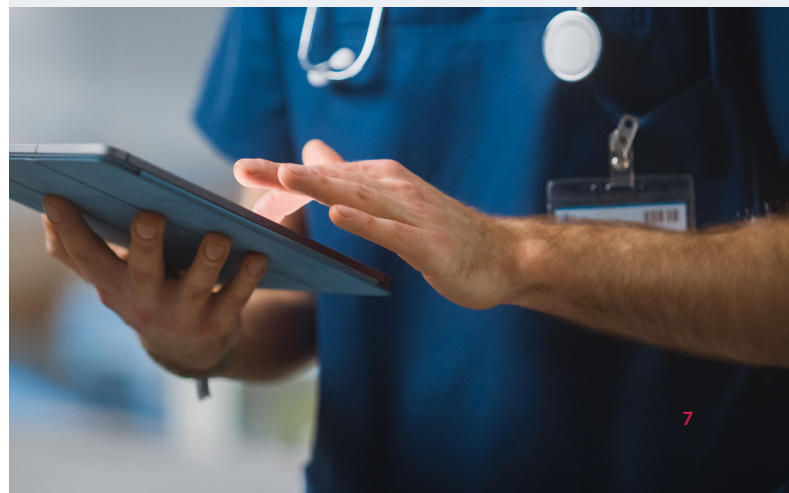
1. Regístrese (si aún no lo ha hecho) e inicie sesión.
2. Una vez que se registre, su nombre de usuario y contraseña serán los mismos tanto en anthem.com/ca como en la aplicación Sydney Health.
3. Seleccione **Care (Atención)** y, a continuación, seleccione **Virtual Video Visit (Consulta virtual por video)** con un proveedor.
4. Para obtener el beneficio de telemedicina de Kaiser, visite kp.org.

Control de los costos de atención médica

El aumento del costo del seguro médico es algo que nos afecta a todos. Mantener los costos a un nivel mínimo contribuye a reducir las primas en los próximos años.

Estos son algunos consejos para ayudar a reducir el costo del seguro médico:

- **Utilice proveedores de la red.** Recibirá un mayor nivel de beneficios si utiliza proveedores que participan en la red.
- **Utilice LiveHealth Online, nuestro nuevo y mejorado programa de atención virtual.** Disponible para miembros inscritos en el HDHP de Anthem o en alguno de los planes PPO sin costo.
- **Evite desplazamientos innecesarios a la sala de emergencias.** Asegúrese de tener un médico de atención primaria, conozca dónde está el centro de urgencias más cercano y opte por la telemedicina.
- **Considere la posibilidad de acudir a su médico de cabecera en lugar de acudir a un especialista.** Los médicos de cabecera suelen ofrecer el mismo nivel de atención para diversas enfermedades y afecciones.
- **Haga ejercicio y mantenga una dieta adecuada.** Si goza de buena salud, es menos vulnerable a las enfermedades, reduciendo así las consultas médicas y la receta de medicamentos.



Beneficios odontológicos

Administrados por Delta Dental

Las siguientes opciones de planes odontológicos están disponibles para usted y sus familiares elegibles.

PPO de Delta Dental

	Dentro de la red/Fuera de la red
Deducible por año calendario (individual/familia)	\$50/\$150
Máximo del beneficio anual (por paciente)	\$2,000
Servicios preventivos	El plan cubre el 100%
Servicios básicos	El plan cubre el 80% después del deducible
Servicios complejos	El plan cubre el 50% después del deducible
Beneficios de ortodoncia	El plan cubre el 50% después del deducible
Máximo de la póliza en ortodoncia	\$2,000

Nota: esta tabla solo incluye una lista parcial de los servicios cubiertos. Encontrará información más detallada en la Descripción del resumen del plan (SPD) de cada plan.

Deducciones mensuales del salario correspondientes a los servicios odontológicos

	PPO de Delta Dental
Empleado únicamente	\$0.00
Empleados + Cónyuge/pareja doméstica	\$48.79
Empleado + hijo(s)	\$47.80
Familia	\$68.28

Acerca del plan PPO

Puede utilizar los proveedores de atención odontológica de su preferencia. La cobertura suele ser mayor si utiliza los servicios de los dentistas de la red. El plan cubre una parte de sus gastos cubiertos después de un deducible, usted paga el resto.

Beneficios oftalmológicos

Administrados por VSP



La cobertura oftalmológica a través de VSP está disponible para garantizarle la atención personalizada que sus ojos necesitan con bajos costos por cuenta propia. El siguiente cuadro proporciona una descripción de lo que cubre el plan oftalmológico.

Plan oftalmológico de VSP

	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen oftalmológico (una vez cada año calendario)	Copago de \$10	Hasta \$40 de reembolso
Lentes (una vez cada año calendario) Unifocales Bifocales Trifocales Lenticular	Copago de \$20	Hasta \$40 de reembolso Hasta \$60 de reembolso Hasta \$80 de reembolso Hasta \$80 de reembolso
Límite para marco (una vez cada 2 años calendario)	Bonificación de \$180 para el marco que usted elija, luego 20% de descuento sobre el monto que exceda la bonificación	Hasta \$80 de reembolso
Lentes de contacto (una vez cada año calendario) Opcional No opcional	\$150 de bonificación Totalmente cubierto	Hasta \$110 de reembolso Hasta \$210 de reembolso

Nota: esta tabla solo incluye una lista parcial de los servicios cubiertos. Encontrará información más detallada en la Descripción del resumen del plan (SPD) de cada plan.

Deducciones mensuales del salario correspondientes a los servicios oftalmológicos

	Plan oftalmológico de VSP
Empleado únicamente	\$0.00
Empleados + Cónyuge/pareja doméstica	\$6.62
Empleado + hijo(s)	\$6.70
Familia	\$14.70



Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Administradas por Anthem Blue Cross

Las cuentas de gastos flexibles le proporcionan una importante ventaja fiscal que puede ayudarle a pagar sus gastos de atención médica y los de sus dependientes antes de impuestos. Al anticipar los gastos de atención médica y cuidado de sus dependientes y de su familia para el próximo año del plan, puede reducir sus ingresos tributables.

FSA para la atención médica

La FSA para la atención médica le permite reservar dinero no gravado mediante deducciones de la nómina para pagar gastos de atención médica admisibles para usted y sus dependientes. El monto máximo anual que puede contribuir es de \$3,400 por año calendario.

La FSA para la atención médica se puede utilizar para:

- Copagos por visitas a consultorios médicos
- Procedimientos odontológicos no estéticos (coronas, dentaduras postizas, ortodoncia)
- Lentes de contacto recetados
- Anteojos y lentes de sol
- Cirugía ocular LASIK
- Algunos medicamentos de venta libre
- Productos para el cuidado de la menstruación

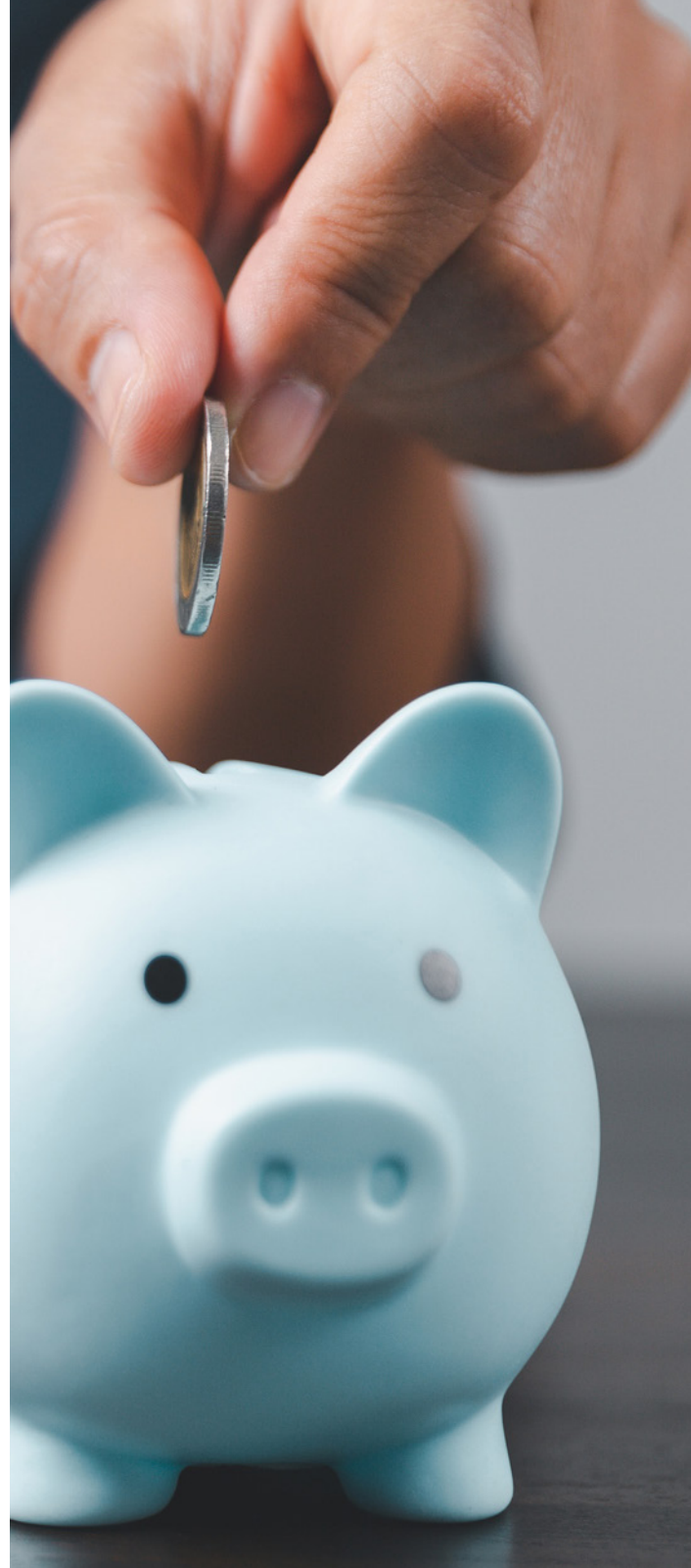
FSA para la atención de dependientes

La FSA para la atención de dependientes le permite usar dinero no gravado para cubrir los gastos admisibles de la atención de dependientes. Para el 2026, el límite máximo anual de los aportes aumenta de \$5,000 a \$7,500 (\$3,750 si está casado y presenta declaración por separado) Si usted es considerado un Empleado muy bien remunerado, su límite será de \$4,000. A partir del 2026, dicha categoría incluirá a toda persona que reciba un salario anual de \$160,000 o más.

La FSA para la atención de dependientes se puede utilizar para:

- Los costos de la atención de sus hijos o dependientes adultos
- Los costos por los servicios de atención que presta una persona, ya sea dentro o fuera de su casa
- Guarderías y jardines infantiles (salvo kínder).

Consulte las publicaciones 502 y 503 del Servicio de Rentas Internas (IRS, por su sigla en inglés) para obtener una lista completa de los gastos FSA elegibles.



¡Úselo o piérdalo!

Asegúrese de calcular cuidadosamente sus contribuciones a la FSA. Las cuentas de gastos flexibles se rigen por la regla de "úselo o piérdalo", lo que significa que el dinero que no se utiliza al final del año del plan no se transfiere y debe perderse, según las regulaciones del IRS.

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

Administrada por Kaiser

La HSA está disponible para los empleados inscritos en el plan médico de la HSA de Kaiser de \$2,000. Una HSA es una excelente manera de ahorrar dinero, ya que le permite reservar dinero no gravado mediante deducciones de la nómina para pagar eficazmente los gastos de atención médica, odontológicos y oftalmológicos.



Ventajas de la HSA

- **Seguridad:** su HSA puede proporcionarle un colchón de ahorros para pagar facturas médicas imprevistas o elevadas.
- **Asequibilidad:** en la mayoría de los casos, puede reducir sus primas mensuales de seguro médico cuando se cambie a una cobertura de seguro médico con un deducible más alto, y estos planes de salud con deducibles altos (HDHP, por sus siglas en inglés) se pueden combinar con una HSA.
- **Flexibilidad:** puede utilizar su HSA para pagar los gastos médicos actuales, incluidos su deducible y los gastos que su seguro no cubra, o puede ahorrar sus fondos para futuros gastos médicos, como por ejemplo:
 - Seguro médico o gastos médicos, en caso de desempleo
 - Gastos médicos después de la jubilación (antes de recibir la cobertura de Medicare)
 - Gastos por cuenta propia cuando los cubre Medicare
 - Gastos y seguro de atención a largo plazo
- **Transferibilidad:** Las cuentas son completamente transferibles, es decir, puede conservar su HSA incluso si:
 - Cambia de trabajo
 - Cambia su cobertura médica
 - Queda desempleado
- **Titularidad:** no existe la regla "úselo o piérdalo". Los fondos se transfieren de un año a otro y permanecen en su cuenta hasta que se utilizan o se retiran.

Gastos de atención médica admisibles de la HSA

Puede utilizar los fondos de su HSA para pagar gastos de atención médica admisibles, como por ejemplo:

- Consultas médicas
- Atención odontológica, incluidas las extracciones y los frenillos
- Atención oftalmológica, incluidos los lentes de contacto, lentes de sol recetados y cirugía ocular LASIK
- Medicamentos recetados
- Servicios quiroprácticos
- Acupuntura
- Audífonos y baterías
- Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)
- Productos para el cuidado de la menstruación

Contribuciones a la HSA

El monto máximo que se puede contribuir a la HSA en un año fiscal lo establece el IRS y depende de si usted tiene una cobertura individual o familiar en el plan HDHP. CGW contribuye con \$600 anuales para la cobertura del empleado únicamente y \$1,200 anuales para todos los niveles de cobertura familiar. Para el 2026, los límites de contribución son:

- \$4,400 para cobertura individual
- \$8,750 para cobertura familiar
- La contribución anual "para ponerse al día" para personas de 55 años o más es de \$1,000.

Ventajas del impuesto triple de la HSA

Las contribuciones a la HSA son deducibles de impuestos, usted puede gastar el dinero sin pagar impuestos y cualquier incremento está libre de impuestos.

Beneficios por discapacidad Administrados por Lincoln Financial

En caso de que quede con alguna discapacidad por una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo, los beneficios por discapacidad según ingresos le proporcionarán un reemplazo parcial de los ingresos que pierda. Estos beneficios se proporcionan sin ningún costo para usted: Crystal Geysler cubre el 100% del costo.

Discapacidad a corto plazo (STD)

La discapacidad a corto plazo es un tipo de cobertura de seguro por discapacidad que puede ayudarlo a mantener estabilidad financiera en caso de que se lesione o enferme y no pueda trabajar.

Luego de siete días calendario de discapacidad continua, puede recibir el 60% de su salario semanal promedio, hasta el beneficio máximo de \$3,000 por semana en 2026.

Este beneficio se puede pagar por hasta 26 semanas de discapacidad continua.

Beneficios por discapacidad a corto plazo	
Monto de los beneficios	60%
Beneficio semanal máximo	\$3,000
Período de eliminación	29 días
Duración de los beneficios	26 semanas

Discapacidad a largo plazo (LTD)

El seguro de discapacidad a largo plazo protege a los trabajadores en caso de que queden discapacitados por un período prolongado antes de su jubilación. El plan de LTD le proporciona continuidad de ingresos en caso de que su enfermedad o lesión dure más de 26 semanas.

Esto le ayuda a asegurarse de contar con ingresos continuos si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión cubierta. Puede recibir el 60% de sus ingresos previos a la discapacidad hasta un beneficio máximo de \$10,000 por mes.

Beneficios por discapacidad a largo plazo	
Monto de los beneficios	60%
Beneficio mensual máximo	\$10,000
Período de eliminación	26 semanas
Duración de los beneficios	Edad en la que puede recibir los beneficios de jubilación del Seguro Social



Beneficios del seguro de vida y seguro por AD&D Administrados por Lincoln Financial

El seguro de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) proporciona protección a quienes dependen económicamente de usted, en caso de su fallecimiento o un accidente que cause la muerte o lesiones graves.

Seguro de vida básico y seguro por AD&D

El seguro de vida puede ayudar a satisfacer las necesidades de sus seres queridos en caso de que a usted le ocurra algo.

Crystal Geysler ofrece a los empleados elegibles un seguro de vida colectivo y un seguro por AD&D; además, cubre el costo total de este beneficio y la inscripción es automática.

El beneficio del seguro de vida básico temporal y el seguro por AD&D básico equivale a 1 vez las ganancias anuales hasta \$50,000.

Seguro de vida básico voluntario y seguro por AD&D

Aunque Crystal Geysler ofrece seguro de vida básico, es posible que algunos empleados estén interesados en una cobertura adicional con base en sus circunstancias personales.

¿Es usted la única persona que provee recursos en su grupo familiar? ¿Qué otros gastos espera en el futuro (por ejemplo, matrícula universitaria para su hijo)? Dependiendo de sus necesidades, quizás desee considerar la opción de comprar cobertura complementaria.

Con el seguro de vida voluntario, usted es responsable de pagar el costo total de la cobertura mediante deducciones de la nómina. Puede adquirir una cobertura para usted, su cónyuge o su(s) hijo(s) dependiente(s)*, como se indica en el siguiente cuadro.

Beneficios del seguro de vida básico voluntario y seguro por AD&D	
Beneficio para el empleado	Incrementos de \$10,000 hasta el menor de 5 veces las ganancias anuales o \$750,000
Beneficio para el cónyuge	Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$250,000
Hijo(s) dependiente(s)	Incrementos de \$2,000 hasta un máximo de \$20,000

* Para poder elegir la cobertura del cónyuge/pareja doméstica o hijo(s) dependiente(s) es necesario haber elegido la cobertura del empleado. Se requiere una Evidencia de Asegurabilidad (EOI, por sus siglas en inglés) para las elecciones efectuadas fuera del periodo de elegibilidad inicial por cualquier monto elegido (para la inscripción abierta, no se requiere una EOI de hasta \$20,000 para empleados y cónyuges hasta el monto de asegurabilidad garantizada [GI, por sus siglas en inglés]).



Seguro de vida completo voluntario con atención a largo plazo

Administrado por Allstate/The Standard

Este plan no solo ofrece la seguridad financiera de una póliza de vida completa, sino que también presenta una solución estratégica para salvaguardar sus activos de los gastos imprevistos de atención médica a largo plazo. Gracias a este beneficio, usted tendrá la tranquilidad de saber que su futuro financiero está protegido, especialmente en los estados que contemplan cambios en la tributación de la atención a largo plazo. **No deje que las incertidumbres del futuro lo acechen, asegure su bienestar económico hoy mismo.**

Características del plan

- **Garantía de aceptación:** no se requieren exámenes físicos para solicitar una cobertura.*
- **Cobertura familiar:** puede adquirir una cobertura para usted y su cónyuge.
- **Cobertura transferible:** puede conservar su póliza si deja de trabajar en la empresa o se jubila.
- **Cobertura según sus necesidades:** puede adquirir el monto exacto de la cobertura que más se ajuste a sus necesidades.
- **Póliza que genera valor en efectivo:** la póliza genera valor en efectivo.
- **Cláusulas:** las cláusulas adicionales incluyen el beneficio acelerado por fallecimiento en caso de atención a largo plazo y el beneficio acelerado por fallecimiento en caso de enfermedad o afección terminal de hasta el 75% del monto elegido.
- **Tarifas fijas:** la prima no aumenta con la edad.**

Nota: el costo de la prima de este beneficio depende de su edad, del consumo de tabaco y del monto de la cobertura que elija.

¿En qué consiste la cobertura de atención a largo plazo?

La atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) cubre los servicios necesarios para la atención de una persona que ya no puede realizar por sí misma las actividades de la vida diaria.

Dichas actividades pueden incluir desde ayuda en el hogar para preparar comidas y realizar tareas domésticas, hasta servicios de atención personal como bañarse, vestirse, comer y desplazarse. La atención suele recibirse en casa, en un hogar de ancianos o en un centro de servicios para ancianos, que es un entorno similar al de un hogar que ofrece seguridad y protección.

La póliza cubre un anticipo mensual del 4% del beneficio por fallecimiento durante un máximo de 50 meses gracias al recurso de prórroga mientras se reciben servicios de atención a largo plazo admisibles tras un período de eliminación de 90 días cuando un profesional de atención médica autorizado certifica que la persona padece una enfermedad crónica. El beneficio de restauración restablece el beneficio por fallecimiento y el valor en efectivo conforme a los montos existentes antes de la aceleración.

Por ejemplo: si el beneficio de su seguro de vida es de \$60,000, el beneficio mensual de LTC sería de \$2,400 y su beneficio total de LTC sería de \$120,000, incluido el beneficio de prórroga de LTC.

* Se aplican las reglas de elegibilidad del plan

** Tendrá una sola oportunidad para inscribirse en este plan. Si decide elegir un monto de cobertura diferente en el futuro, tendrá que cancelar la cobertura existente y volver a elegir el plan durante el próximo evento de inscripción abierta por un monto diferente. Si no elige la cobertura para sus dependientes en el momento de la inscripción inicial, puede hacerlo más adelante.

Cuadro comparativo de la atención a largo plazo

Seguro de vida cubierto por la empresa	Seguro de vida complementario voluntario	Seguro de vida completo
La empresa cubre el 100%	El empleado paga la prima y esta aumenta con la edad	El empleado paga la prima y las tarifas no aumentan
Beneficio por fallecimiento únicamente	Beneficio por fallecimiento únicamente	Beneficio por fallecimiento y cláusulas adicionales
La cobertura cesa cuando deja de trabajar en la empresa	La cobertura cesa cuando deja de trabajar en la empresa	Puede conservar la póliza siempre y cuando pague las primas
Cobertura para el empleado únicamente	La cobertura está disponible para usted, su cónyuge y su(s) hijo(s) dependiente(s)	La cobertura está disponible para usted y su cónyuge

Beneficios voluntarios

Administrados por Lincoln Financial

Una enfermedad o lesión imprevista puede alterar todas las facetas de su vida, incluido su bienestar físico, emocional y económico. Estos beneficios están diseñados para ayudar a fortalecer su paquete general de beneficios y proporcionar protección adicional para usted y su familia.

Seguro por enfermedad grave voluntario

Sabemos que todos tienen necesidades diferentes a la hora de sobrellevar una enfermedad grave. Con el seguro por enfermedad grave, usted obtiene un beneficio que se le paga directamente a la persona dentro de la cobertura, a menos que se le asigne otro destino, si se le diagnostica una enfermedad grave cubierta como cáncer, infarto o accidente cerebrovascular.

Este plan puede ayudar a aliviar algunas de sus preocupaciones económicas para que pueda concentrarse en su salud. Usted elige cómo gastar o ahorrar su beneficio.

Se puede utilizar para gastos como:

- Pagar el cuidado infantil o la ayuda en la casa
- Gastos de viaje para ver a un especialista
- Tratamiento médico y consultas médicas
- Copagos y deducibles
- Gastos de medicamentos recetados

Tarifas e información adicional

La cobertura depende de la edad y está disponible con incrementos de \$10,000 hasta \$40,000. Si desea obtener más información acerca de la cobertura para enfermedades graves, [haga clic aquí](#) para ver un video útil.

Beneficios de controles de salud

Cada uno de los planes voluntarios proporciona un beneficio si usted o sus dependientes cubiertos se someten a un control de salud cubierto, como un examen físico, un análisis de colesterol completo en sangre, una mamografía, un perfil lipídico, etc.

Cada uno de los planes de enfermedad grave, accidentes e indemnización hospitalaria proporciona un **beneficio de \$100** por persona cubierta, por año calendario.



Beneficios voluntarios

Administrados por Lincoln Financial

Una enfermedad o lesión imprevista puede alterar todas las facetas de su vida, incluido su bienestar físico, emocional y económico. Estos beneficios están diseñados para ayudar a fortalecer su paquete general de beneficios y proporcionar protección adicional para usted y su familia.

Seguro de accidentes voluntario

Los accidentes ocurren y pueden afectar más que su salud física. Con el seguro de accidentes, usted obtiene un beneficio que le ayuda a cubrir los costos asociados a un accidente o lesión cubiertos. Puede disponer de los pagos de acuerdo con sus preferencias.

El seguro de accidentes cubre:

- Atención inicial y de emergencia
- Hospitalización
- Fracturas y dislocaciones
- Atención de seguimiento

Tarifas e información adicional

Para conocer las tarifas mensuales, consulte el siguiente cuadro. Si desea obtener más información acerca de la cobertura de accidentes, [haga clic aquí](#) para ver un video útil.

Tarifas mensuales del plan de accidentes voluntario	
Empleado únicamente	\$7.05
Empleados + Cónyuge/pareja doméstica	\$12.76
Empleado + hijo(s)	\$16.85
Familia	\$22.56

Indemnización hospitalaria

En cualquier momento es posible resultar hospitalizado, y eso puede ser costoso. El seguro de indemnización hospitalaria lo ayuda a usted y a sus seres queridos a tener protección financiera adicional.

Con el seguro de indemnización hospitalaria, se paga un beneficio directamente a la persona dentro de la cobertura, a menos que se le asigne otro destino, tras una hospitalización por una lesión o enfermedad con cobertura.

Se puede utilizar para gastos como:

- Copagos
- Deducibles
- Coaseguro
- Gastos imprevistos
- Cuidado infantil
- Servicio de seguimiento
- Ayuda en el hogar

Tarifas e información adicional

Para conocer las tarifas mensuales, consulte el siguiente cuadro. Si desea obtener más información acerca de la cobertura de indemnización hospitalaria, [haga clic aquí](#) para ver un video útil.

Tarifas mensuales del plan de indemnización hospitalaria voluntario	
Empleado únicamente	\$11.63
Empleados + Cónyuge/pareja doméstica	\$26.92
Empleado + hijo(s)	\$22.21
Familia	\$36.95

Seguro para mascotas

Administrado por Wishbone

Nadie quiere imaginar que su mascota se enferme o se lesione, pero cuando se trata de su salud, lo mejor es prever lo imprevisto.

El seguro para mascotas de Wishbone lo aceptan en cualquier veterinaria de EE. UU., incluidos los hospitales de emergencias. Su sencillo proceso de reclamaciones en línea le permite recuperar su dinero rápidamente, independientemente de que se trate de un control de rutina o de un accidente.

¡Gracias a Wishbone, ahora es más fácil proteger la salud de su mascota, además de sus finanzas!

Planes disponibles de Wishbone

Wishbone ofrece diferentes opciones de planes que se ajustan a su presupuesto. Para obtener la máxima cobertura, inscribese en ambos.

Cobertura de accidentes y enfermedades: para lo imprevisto

- Reembolso del 90%
- Deducible de \$250
- Límite anual de \$25,000
- Incluye servicio de recuperación de mascotas perdidas y telesalud para mascotas las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Las tarifas dependen de su código postal, y la edad y raza de su mascota.

Cómo empezar

La cobertura depende del programa de beneficios que se describe durante la inscripción. Obtenga una cotización e inscribese hoy mismo ingresando a www.wishboneinsurance.com/otsuka-us.



Planes de servicios legales/ de robo de identidad Administrados por MetLife y Norton

Plan MetLife Legal

Este plan legal proporciona a los miembros la ayuda legal rentable que pueden utilizar para gestionar de manera proactiva los asuntos legales costosos. Somos conscientes de que las finanzas personales son uno de los principales factores de estrés para los adultos que trabajan. Los planes legales de MetLife brindan la seguridad mental y emocional que conlleva saber que un abogado está ayudando con sus asuntos legales.

Entre sus beneficios y características se incluyen:

- No se aplican copagos, deducibles ni formularios de reclamación cuando se recurre a un abogado de la red para tratar un asunto que esté incluido en la cobertura
- Consultas ilimitadas incluso para asuntos que no cubre su plan
- Acceso a nuestro sitio web para que todos los empleados, inscritos o no, puedan ver las coberturas y nuestra red de abogados, así como utilizar nuestra biblioteca de documentos de autoayuda

Tarifas mensuales e inscripción automática

El plan MetLife Legal lo cubren a usted, a su cónyuge y a sus dependientes por \$16.50 cada mes.

Seguro por robo de identidad de Norton

Los ladrones digitales descubren constantemente nuevas formas de extraer su información personal, abrir cuentas de crédito a su nombre, vender sus datos confidenciales en la web oscura y apoderarse de sus cuentas financieras.

Ofrecemos un seguro integral por robo de identidad que supervisa múltiples vías de acceso a su identidad y créditos, y además lo alerta sobre actividades fraudulentas.

Los servicios de Premier Plan incluyen:

- Informes y monitoreo de créditos
- Monitoreo de registros judiciales
- Monitoreo de la posesión de cuentas bancarias
- Monitoreo de agresores sexuales
- Monitoreo de prontuarios
- Monitoreo de solicitudes de crédito
- Notificaciones de autorización en tiempo real
- Monitoreo de cambios de dirección
- Monitoreo del número de seguro social del niño
- Servicios integrales de restauración de identidad
- Rastreo del número de seguro social

Norton Benefit Premier Plus: Incluye todo lo anterior, más

- **Seguro contra la ciberdelincuencia (Hasta \$50,000) – Incluye:**
 - Ciberextorsión
 - Ingeniería social
 - Recuperación de datos y restauración del sistema
 - Ciberacoso
 - Delitos relacionados con monedas digitales
- Mayor cantidad de dispositivos: 10 por empleado (Ilimitados para la familia)
- Mayor respaldo de archivos en la nube (500 GB)

Tarifas mensuales

Premier Plan:

Empleado únicamente: \$9.49; **Familia:** \$17.98

Premier Plus:

Empleado únicamente: \$12.49; **Familia:** \$21.48



Servicios de salud conductual

Administrada por Lyra

Lyra proporciona atención para su salud mental y emocional cómo, cuándo y dónde lo necesite, sin costo alguno para usted. Lyra puede ayudarlo a recuperarse si se siente estresado, ansioso o deprimido.

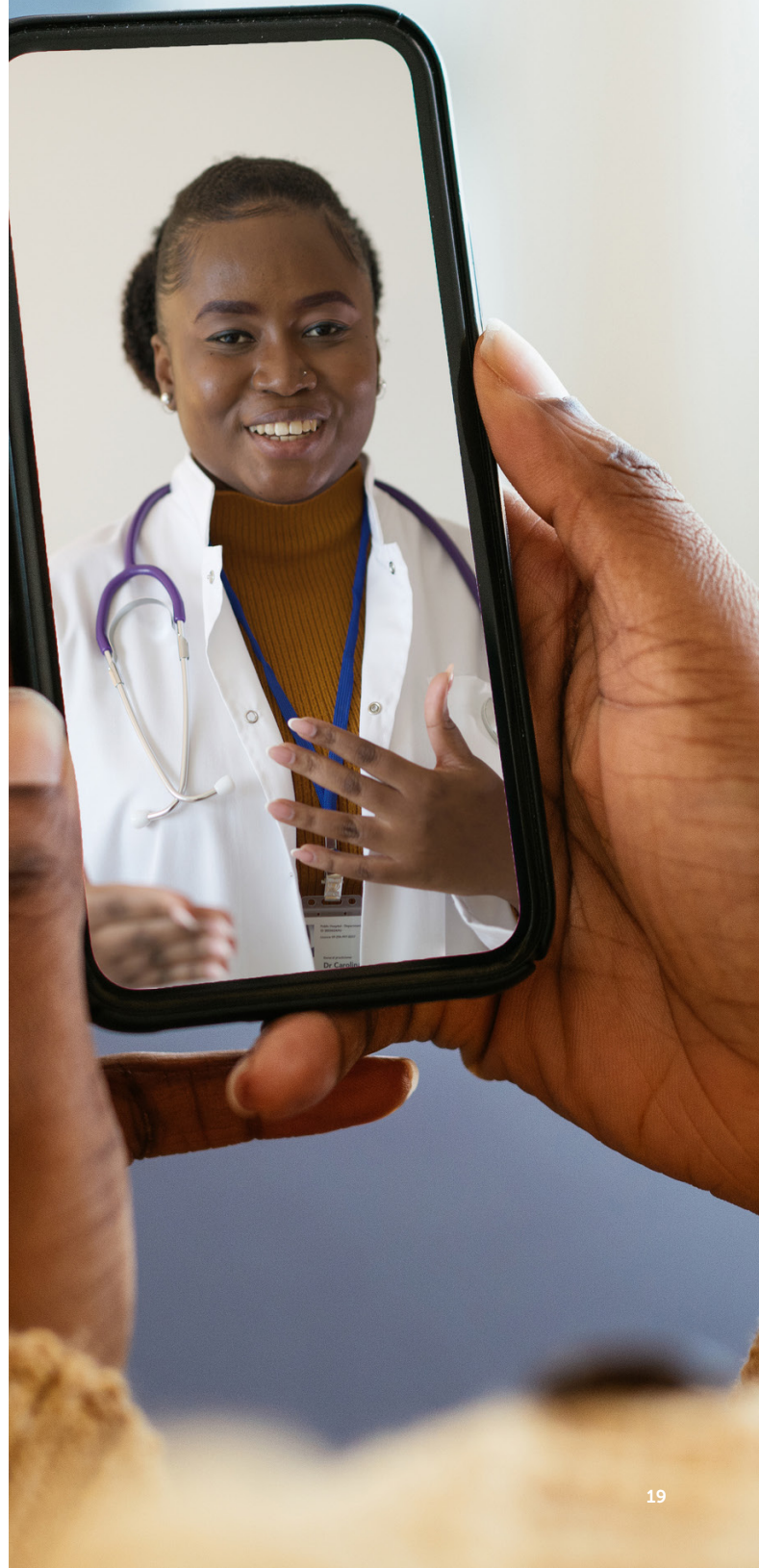
Todos los empleados de Crystal Geysler y sus dependientes elegibles tienen acceso a asesoramiento en salud mental y terapia a corto plazo por parte de Lyra. Regístrese en línea de forma sencilla y Lyra le proporcionará la atención y los proveedores que mejor se adapten a sus necesidades.

Reúnase con un asesor o terapeuta de salud mental a través de videoconferencias en tiempo real, mensajería en tiempo real, por teléfono o en persona, con un máximo de 16 sesiones por cada persona elegible durante cada año calendario.

Estos son algunos detalles sobre cada una de nuestras opciones de atención:

- **Cuidado personal guiado con un asesor:** comience rápidamente con un plan de atención elaborado por su asesor de Lyra para aprender nuevas estrategias de salud mental a su propio ritmo.
- **Asesoramiento en salud mental:** llegue al fondo de sus preocupaciones con sesiones continuas de asesoramiento a través de videoconferencias o mensajería en tiempo real y apoyo entre sesiones.
- **Terapia de salud mental:** los terapeutas de Lyra son expertos en diagnosticar y tratar afecciones de salud mental como la depresión, los trastornos de alimentación o el trastorno por estrés posttraumático (TEPT), y ofrecen apoyo por videoconferencia en tiempo real o en persona.
- **Herramientas para mantener el bienestar mental:** acceda a herramientas seleccionadas para mantener el bienestar mental con apoyo autodirigido sobre temas como la meditación, el estrés o el sueño. Disponibles fácilmente bajo demanda, en cualquier momento y lugar, en su dispositivo móvil o computadora.

Para obtener más información acerca de Lyra, visite otsuka.lyrahealth.com o llame al 877.467.1893.



Apoyo para el cuidado del cáncer

Administered by Transcarent

El cáncer es una preocupación cada vez mayor para todos. Sus beneficios de Crystal Geysler Water incluyen Apoyo para el cuidado del cáncer a través de Transcarent, un recurso disponible para los empleados y que cubre a los dependientes inscritos en un plan médico de CGW. Transcarent ofrece orientación de expertos, herramientas y apoyo en cada etapa: desde la prevención y la detección temprana hasta el tratamiento, supervivencia y apoyo al cuidador.

Qué puede esperar con Transcarent:

Pruebas y detección temprana

Pruebas de detección de cáncer Galleri de GRAIL:

- Con un simple análisis de sangre, GRAIL puede detectar varios cánceres.
- Detecta síntomas comunes de más de 50 cánceres, incluida la expansión rápida, y cánceres agresivos que no muestran síntomas en etapas tempranas, como el de páncreas y de ovario.
- Busca una señal asociada con un cáncer activo y no predice su riesgo genético futuro de desarrollar cáncer.
- **Costo para el empleado:** \$949

Tratamiento de alta calidad

Acceda a proveedores verificados que cumplen con los más altos estándares de atención, incluidos proveedores fuera de la red del plan de salud habitual.

Diagnóstico experto a través de AccessHope

- **Equipo de apoyo oncológico:** Apoyo virtual por parte de enfermeros expertos en oncología para ayudarle a organizar sus ideas, preguntas y preocupaciones.
- **Revisión y asesoría de expertos:** Un especialista de un centro oncológico superior puede revisar su plan de tratamiento y brindar recomendaciones.
- **Revisión proactiva de casos:** Los gastos se monitorean y marcan para que un experto los revise cuando sea necesario.

Apoyo para la supervivencia y en el lugar de trabajo

Apoyo en todas las fases para las personas que luchan contra el cáncer, con orientación específica durante el tratamiento y la recuperación.

Apoyo a los cuidadores

Recursos e información diseñados para apoyar a los cuidadores en su rol esencial.



Plan de jubilación 401(k)

Administrado por Fidelity

Acerca del plan de jubilación

- **Elegibilidad:** de inmediato, al momento de la contratación.
- **Inscripción:** primer período de pago del mes siguiente a la contratación; los empleados nuevos se inscriben automáticamente a los 30 días con un porcentaje de contribución del 6% antes de impuestos (o puede elegir el 0% para renunciar a la participación).
- **Contribuciones del empleado:** hasta el 60% de la compensación elegible por período de pago, antes de impuestos, contribuciones Roth y/o después de impuestos (no incluye bonos ni horas extra).

Contribución del empleador

Crystal Geysler complementa sus contribuciones al plan 401(k) dólar por dólar, hasta el 6% de su compensación elegible y por período de pago.

Al final de cada año, Crystal Geysler se asegurará de que usted reciba su contribución máxima elegible basada en sus contribuciones anuales a través de la función *True-up*.

Programa de contribuciones (para las contribuciones del empleador)	
Menos de 1 año	0%
1 año	25%
2 años	50%
3 años	75%
4 años	100%

Nota: Los montos de contribución de 2026 son una estimación en este momento mientras esperamos que el IRS finalice estos números.

Límites federales de contribución al plan 401(k) para el 2026	
Límite estándar de contribución	\$24,500
Contribución "para ponerse al día" (aquellos que tengan 50 años o más antes del 31 de diciembre del 2026)	\$8,000
Límite de recuperación súper para personas entre 60 y 63 años	\$11,500



Novedad importante sobre la LEY SECURE 2.0 Aportes "para ponerse al día" del plan de ahorros 401(k)

El IRS le permite hacer contribuciones "para ponerse al día" si usted es mayor de 50 años. A partir del 2026, todos los aportes "para ponerse al día" que elija, deben hacerse como una elección separada.

Regulaciones adicionales relacionadas con los aportes "para ponerse al día" para empleados muy bien remunerados

Sus aportes "para ponerse al día" están limitados a un aporte Roth de IRA separado únicamente si:

- Usted ganó \$145,000 o más en 2025 (reportado como salarios FICA en su formulario W-2), **Y**
- Usted tendrá más de 50 años en 2026.

Dado que la disposición de aportes Roth "para ponerse al día" no entran en vigor sino hasta el 2026, este es un buen momento para hablar con un asesor financiero o fiscal sobre cómo los aportes Roth "para ponerse al día" pueden afectar su plan de inversión para la jubilación.

Información adicional:

Si desea obtener información adicional sobre cualquiera de las disposiciones del plan, consulte la guía del plan 401(k) que está disponible a través del Departamento de Recursos Humanos.

Para obtener información sobre inscripciones, servicio al cliente, rendimiento de fondos y documentos de divulgación, comuníquese con Fidelity llamando al **800.835.5097**, o visite www.401k.com.

Información de contacto de las aseguradoras

Sus recursos de beneficios

Beneficio	Aseguradora	Teléfono	Sitio web
Servicio médico/ de medicamentos recetados	Anthem Blue Cross Kaiser Permanente	833.807.1875 800.464.4000	www.anthem.com/ca www.kp.org
Servicios odontológicos	Delta Dental	800.422.4234	www.deltadentalins.com
Servicios oftalmológicos	VSP	800.877.7195	www.vsp.com
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	Anthem Blue Cross	833.807.1875	www.anthem.com/ca
Discapacidad a corto y largo plazo	Lincoln Financial Group	800.487.1485	www.lincolnfinancial.com
Seguro de vida básico/ complementario y seguro por AD&D	Lincoln Financial Group	800.487.1485	www.lincolnfinancial.com
Enfermedad grave, indemnización hospitalaria y accidentes	Lincoln Financial Group	800.487.1485	www.lincolnfinancial.com
Seguro de vida completo con atención a largo plazo	Allstate/The Standard	800.521.3535	www.allstatevoluntary.com/otsuka
Seguro por robo de identidad	Norton	800.607.9174	my.norton.com
Seguro de protección legal	MetLife	800.821.6400	www.legalplans.com
Seguro para mascotas	Seguro para mascotas de Wishbone	800-891-2565	www.wishboneinsurance.com/ otsuka-us
Plan de jubilación 401(k)	Fidelity	800.835.5097	www.401k.com
Servicios de salud conductual	Lyra	877.467.1893	www.otsuka.lyrahealth.com

Avisos legales

Acerca de esta guía

En esta guía se destacan sus beneficios. Los documentos oficiales del plan y del seguro rigen sus derechos y beneficios en virtud de cada plan. Para obtener más información sobre sus beneficios, incluyendo gastos cubiertos, exclusiones y limitaciones, consulte las descripciones de resúmenes de cada plan (SPD, por sus siglas en inglés), el documento del plan o el certificado de cobertura de cada plan. En caso de discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales, prevalecerán los documentos oficiales. Crystal Geysler se reserva el derecho de cambiar en cualquier momento los beneficios, costos y demás disposiciones relativas a los beneficios.

Recordatorio de la disponibilidad del Aviso de Privacidad

El presente tiene por objeto recordar a los participantes y beneficiarios del Plan de Salud y Bienestar de Crystal Geysler (el "Plan") que el Plan ha emitido un Aviso de Privacidad del Plan de Salud que describe la forma en que este utiliza y divulga la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Puede obtener una copia del Aviso de Privacidad del Plan de Salud y Bienestar de Crystal Geysler si lo solicita por escrito al Departamento de Recursos Humanos, en la siguiente dirección:

Crystal Geysler Water Company, 1233 E. California Avenue, Bakersfield, CA 93312

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina de Recursos Humanos de Crystal Geysler Water Company llamando al 707-942-0500.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si usted se sometió o se someterá a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las mujeres que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, se brindará cobertura de la manera que se determine tras consultar con el médico tratante y la paciente respecto a lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- La cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- Implantes; y
- El tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos ofrecidos en este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coaseguros:

- **PPO de Anthem Blue Cross:** deducible de \$300/\$900 (para personas solteras/para familias dentro de la red) y coaseguro del 90% (dentro de la red), y deducible de \$2,000/\$6,000 (para personas solteras/para familias fuera de la red) y coaseguro del 70% (fuera de la red).
- **HMO de Kaiser:** sin deducible (para personas solteras/para familias dentro de la red) y 80% de coaseguro (dentro de la red). Si desea recibir más información acerca de los beneficios de la WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan de Anthem Blue Cross llamando al 833-807-1875 o con Kaiser Foundation Health Plan llamando al 800-464-4000.

Divulgación de la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Los planes de salud colectivos y los emisores de seguros médicos generalmente no pueden, conforme a la ley federal, restringir beneficios por toda estancia hospitalaria de la madre o el niño recién nacido relacionada con el parto a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no le prohíbe al proveedor médico que asiste a la madre o al recién nacido dar de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según sea el caso), luego de haberlo consultado con la madre. En cualquier caso, los planes y los emisores de seguro no pueden, conforme a la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para prescribir una duración de estancia que no supere las 48 horas (o 96 horas).

USERRA

Su derecho a seguir participando en el Plan durante las licencias por servicio militar activo está protegido por la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés). Por consiguiente, si se ausenta del trabajo debido a un periodo de servicio activo en el ejército inferior a 31 días, su participación en el Plan no se interrumpirá y seguirá pagando el mismo monto como si no se hubiera ausentado. Si la ausencia es superior a 31 días y no superior a 24 meses, puede continuar con la cobertura del Plan pagando hasta el 102% del monto total de las primas. Usted y sus dependientes también pueden tener la oportunidad de elegir la cobertura en virtud de COBRA. Comuníquese con Maggie Pyles llamando al 661-809-6916.

Además, si decide no continuar con la cobertura de su plan de salud durante el servicio militar, tiene derecho a ser reintegrado en el Plan cuando vuelva al trabajo, generalmente sin periodos de espera ni exclusiones por afecciones preexistentes, salvo en el caso de enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio militar, según corresponda.

Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare

Sus opciones

Lea este aviso detenidamente y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Crystal Geysler y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare o no. Si está considerando la posibilidad de inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos cuáles medicamentos están cubiertos y cuál es el costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso puede encontrar información acerca de dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que debe saber acerca de su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. En el 2006, se puso a disposición de cualquier persona que tuviera Medicare la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o un PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare ofrecen como mínimo el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta.

2. Crystal Geysler ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados que ofrecen los planes médicos a través de Anthem y Kaiser, es, en promedio, para todos los participantes del plan, igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura existente es cobertura acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

¿Cuándo se puede inscribir en un plan de medicamentos recetados de Medicare?

Se puede inscribir en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando pasa a ser elegible para Medicare por primera vez y cada año posterior, en el periodo del 15 de octubre al 7 de diciembre.

No obstante, si por algún motivo que no fuera culpa suya, pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, también será elegible para inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare en un periodo de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su cobertura actual de Crystal Geysler no se verá afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y abandona su cobertura actual, debe tener en cuenta que usted y sus dependientes no podrán volver a inscribirse en esta cobertura.

¿Cuándo pagaría una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Crystal Geysler y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare en un plazo de 63 días consecutivos luego del cese de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Si no tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, su prima mensual puede ser 1% más alta que la prima base mensual de beneficiarios de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría ser hasta 19% más alta que la prima base de beneficiarios de Medicare. Tendría que pagar esta prima más alta (multa) durante todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, también tendría que esperar hasta el próximo octubre para inscribirse.

Información adicional acerca de este Aviso o acerca de su cobertura actual de medicamentos recetados:

Para obtener más información, comuníquese con la persona que se menciona más adelante. **NOTA:** recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo periodo de inscripción para planes de medicamentos recetados de Medicare y si esta cobertura a través de Crystal Geysler cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Información adicional acerca de sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

En el folleto "Medicare y usted" puede encontrar información más detallada acerca de los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos

Avisos legales

recetados. Medicare le enviará por correo una copia del folleto todos los años. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Para recibir ayuda personalizada, llame al Programa de Asistencia de Seguros Médicos de su estado. Consulte el número de teléfono en la contrapapa interna de su copia del folleto "Medicare y usted".
- Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información acerca de esta ayuda adicional, visite el sitio web del seguro social ingresando a:

- www.socialsecurity.gov
- o llame al: 800-772-1213 (TTY: 800-325-0778)

Recuerde: guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos recetados de Medicare, se le podría exigir que presente una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no cobertura acreditable y por lo tanto si tiene la obligación de pagar una prima más alta (multa).

Fecha: Octubre del 2025
Nombre de la entidad/
remite: Crystal Geysler
Contacto: Maggie Pyles
Dirección: 1233 E. California Avenue
Bakersfield, CA 93312
Número de teléfono: 661-809-6916

Sus derechos en virtud de ERISA

Como participante de los planes de beneficios de Crystal Geysler, tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA, por sus siglas en inglés) de 1974, en su versión modificada. ERISA establece que todos los participantes del plan tendrán derecho a recibir información sobre su plan y sus beneficios, continuar con la cobertura del plan de salud colectivo y hacer valer sus derechos. ERISA también exige que los fiduciarios del plan actúen de manera prudente.

Reciba información sobre su plan y sus beneficios

Usted tiene derecho a:

- Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del administrador del plan, todos los documentos del plan, incluidos los contratos de seguro pertinentes, los acuerdos de fideicomiso y una copia del último informe anual (Formulario 5500) presentado por el plan ante el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la Sala de Declaraciones Públicas de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados;
- Obtener, mediante solicitud por escrito al administrador del plan, copias de los documentos que rigen la ejecución del plan, incluidos los contratos de seguro y copias del último informe anual (Formulario 5500), además de la descripción actualizada del resumen del plan. El administrador podrá cobrar un cargo razonable por las copias;

- Recibir un informe resumido del informe financiero anual del plan. El administrador del plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este Informe Anual Resumido.

Cobertura continua del plan de salud colectivo

Usted tiene derecho a:

- Cobertura de atención médica continua para usted, su cónyuge o sus dependientes si se produce una pérdida de cobertura en virtud del plan como resultado de un evento admisible. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise esta descripción del resumen del plan sobre las reglas que rigen sus derechos de continuación de cobertura en virtud de COBRA.
- Reducir o eliminar los períodos de exclusión de la cobertura por afecciones preexistentes en virtud de su plan de salud colectivo, si tiene una cobertura acreditable de otro plan. Su plan de salud colectivo o emisor de seguro médico debe proporcionarle, sin cargo alguno, un certificado de cobertura acreditable cuando:
 - Pierda su cobertura en virtud del plan;
 - Tenga derecho a elegir la continuación de cobertura en virtud de COBRA;
 - Lo solicite durante los 24 meses siguientes a la pérdida de la cobertura.

Acciones prudentes por parte de los fiduciarios del plan

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone deberes a las personas responsables de la ejecución de los planes. Las personas que se encargan de ejecutar sus planes se denominan "fiduciarios", y tienen el deber de actuar de manera prudente y en interés suyo y de los demás participantes y beneficiarios del plan. Nadie, ni siquiera su empleador ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de cualquier otra forma para impedirle obtener un beneficio o ejercer sus derechos en virtud de ERISA.

Haga valer sus derechos

Si su reclamación sobre un beneficio es rechazada o ignorada, en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a:

- Saber por qué se tomó dicha decisión;
- Obtener, sin cargo alguno, copias de los documentos relacionados con la decisión; y
- Apelar cualquier rechazo.

Todas estas acciones deben ocurrir dentro de determinados plazos.

Existen medidas que puede adoptar para hacer valer sus derechos en virtud de ERISA. Por ejemplo, puede interponer una demanda ante un tribunal federal si:

- Solicita una copia de los documentos del plan o el último informe anual del plan y no los recibe en un plazo de 30 días. En tal caso, el tribunal puede exigirle al administrador del plan que le proporcione los materiales y que le pague hasta \$110 por día hasta que los reciba, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones ajenas a la voluntad del administrador;
- Ha seguido todos los procedimientos para presentar y apelar una solicitud (como se indicó anteriormente en este resumen) y su solicitud de beneficios es rechazada o ignorada, en su totalidad o en parte. También puede interponer una demanda ante un tribunal estatal;

- No está de acuerdo con la decisión del plan o la falta de decisión con respecto a la situación admisible de una orden de relaciones domésticas o una orden de manutención infantil médica; o
- Los fiduciarios del plan hacen uso indebido del dinero del plan, o si usted sufre discriminación por hacer valer sus derechos. También puede solicitar ayuda al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos.

El tribunal decidirá quién debe pagar los gastos judiciales y los honorarios de abogados. Si obtiene un fallo favorable, el tribunal puede ordenar que la persona demandada pague dichos gastos y honorarios. Si el fallo no es favorable, el tribunal puede ordenar que usted pague dichos gastos y honorarios. Esto debería ocurrir si el tribunal considera que su reclamación es infundada.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene preguntas sobre cómo funciona su plan, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del plan, debe comunicarse con la oficina más cercana que figura en el sitio web de EBSA: <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/about-us/regional-offices>.

O puede escribir: al Departamento de Asistencia Técnica y a la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, 200 Constitution Avenue, NW Washington, DC 20210.

También puede obtener determinadas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando a la línea directa para empleados y empleadores de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados: 866-444-3272. También puede visitar el sitio web de EBSA ingresando a: <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>.

Continuación de los derechos de cobertura en virtud de COBRA

Introducción

Usted recibió este aviso porque recientemente quedó cubierto en virtud de un plan de salud colectivo (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la continuación de cobertura en virtud de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura en virtud del plan. Este aviso generalmente explica la continuación de cobertura en virtud de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué necesita hacer para proteger su derecho a recibirla.

El derecho a la continuación de cobertura en virtud de COBRA se creó mediante una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación del Presupuesto de 1985 (COBRA). La continuación de cobertura en virtud de COBRA puede estar disponible para usted en caso de que perdiera su cobertura de salud colectiva.

También puede estar disponible para otros miembros de su familia que estén cubiertos en virtud del Plan en caso de que perdiera su cobertura de salud colectiva. Para obtener información adicional acerca de sus derechos y deberes en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar la Descripción del resumen del plan o comunicarse con el administrador del plan.

Puede tener otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud colectiva. Por ejemplo, puede ser elegible para adquirir un plan individual mediante el Mercado de Seguros Médicos (www.healthcare.gov).

Avisos legales

Al inscribirse en la cobertura mediante el Mercado, puede ser elegible para obtener costos más bajos en sus primas mensuales y reducir los costos por cuenta propia. Además, puede optar por un período de 30 días de inscripción especial para otro plan de salud colectivo para el cual sea elegible (tal como un plan del cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta personas inscritas de forma tardía.

¿Qué es la continuación de cobertura en virtud de COBRA?

La continuación de cobertura en virtud de COBRA es una continuación de la cobertura del plan cuando la cobertura cesa debido a un evento de vida denominado "evento admisible". Los eventos específicos admisibles se mencionan más adelante en este aviso. Después de un evento admisible, la continuación de cobertura en virtud de COBRA se debe ofrecer a cada persona que sea un "beneficiario admisible". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios admisibles si la cobertura en virtud del plan se pierde debido a un evento admisible. En virtud del plan, los beneficiarios admisibles que eligen la continuación de cobertura en virtud de COBRA deben pagar la continuación de cobertura en virtud de COBRA.

Si usted es empleado, será un beneficiario admisible si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a que ocurre uno de los siguientes eventos admisibles:

- Sus horas de empleo se reducen; o
- Su empleo finaliza por cualquier otro motivo que no sea conducta indebida.

Si es el cónyuge de un empleado, será un beneficiario admisible si pierde su cobertura en virtud del plan debido a que ocurre cualquiera de los siguientes eventos admisibles:

- Su cónyuge muere;
- Las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier otro motivo que no sea conducta indebida;
- Su cónyuge tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A o Parte B, o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios admisibles si pierden su cobertura en virtud del plan debido a que ocurre uno de los siguientes eventos admisibles:

- El padre-empleado muere;
- las horas de empleo del padre-empleado se reducen;
- el empleo del padre-empleado finaliza por cualquier otro motivo que no sea conducta indebida;
- el padre-empleado tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A o Parte B, o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El niño deja de ser elegible para la cobertura en virtud del plan como "hijo dependiente".

Algunas veces, presentar un procedimiento de quiebra en virtud del título 11 del Código de Estados Unidos puede ser un evento admisible. Si se presenta un procedimiento de quiebra con respecto a Crystal Geysler y la quiebra da por resultado la pérdida de cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto en virtud del Plan, el empleado jubilado será un beneficiario admisible con respecto a la quiebra. El cónyuge del empleado jubilado, el cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes también serán beneficiarios admisibles si la quiebra da por resultado la pérdida de su cobertura en virtud del plan.

¿Cuándo estará disponible la cobertura en virtud de COBRA?

El plan ofrecerá la continuación de cobertura en virtud de COBRA a beneficiarios admisibles solo después de que el administrador del plan haya sido notificado de que ocurrió un evento admisible. Cuando el evento admisible es la finalización del empleo o la reducción de horas de empleo, la muerte del empleado o la adquisición por parte del empleado del derecho a recibir los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas), el empleador debe notificar al administrador del plan acerca del evento admisible.

Debe dar aviso sobre algunos eventos admisibles

Para el resto de eventos admisibles (divorcio o separación legal del empleado y la pérdida de elegibilidad del cónyuge o un hijo dependiente para cobertura como dependiente), debe notificar al administrador del plan en un plazo de 60 días después de que ocurre el evento admisible. Debe proporcionar este aviso a: Departamento de Recursos Humanos de Crystal Geysler o administrador de COBRA.

¿Cómo se proporciona la cobertura en virtud de COBRA?

Una vez que el administrador del plan recibe el aviso de que ocurrió un evento admisible, la continuación de cobertura en virtud de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios admisibles. Cada beneficiario admisible tendrá el derecho independiente para elegir la continuación de cobertura en virtud de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura en virtud de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres pueden elegir la continuación de cobertura en virtud de COBRA en nombre de sus hijos. Todo beneficiario admisible que no elija COBRA dentro del plazo de elección de 60 días especificado en el aviso de elección perderá su derecho a elegir COBRA.

La continuación de cobertura en virtud de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Cuando el evento admisible es la muerte del empleado, el derecho del empleado a recibir beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), su divorcio o separación legal o un hijo dependiente que pierde la elegibilidad como hijo dependiente, la continuación de cobertura en virtud de COBRA se prolonga hasta un total de 36 meses. Cuando el evento admisible es la finalización del empleo o la reducción de las horas de empleo del empleado, y el empleado había tenido derecho a los beneficios de Medicare por menos de 18 meses antes del evento admisible, la continuación de cobertura en virtud de COBRA para los beneficiarios admisibles que no sean el empleado dura hasta 36 meses después de la fecha en que tiene derecho a recibir beneficios de Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto tiene derecho a recibir beneficios de Medicare 8 meses antes de la fecha en que finaliza su empleo, la continuación de cobertura en virtud de COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha en que tiene derecho a recibir beneficios de Medicare; esto es igual a 28 meses después de la fecha del evento admisible (36 meses menos 8 meses). De lo contrario, cuando el evento admisible es la finalización del empleo o la reducción de horas de empleo del empleado, la continuación de cobertura en virtud de COBRA generalmente dura solo hasta un total de 18 meses. Existen dos formas en que este período de 18 meses de continuación de cobertura en virtud de COBRA puede extenderse.

Continuación de los derechos de cobertura en virtud de COBRA

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o algún miembro de su familia cubierto por el Plan está

discapacitado y usted lo notifica al Administrador del Plan de forma oportuna, usted y su familia completa pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de la continuación de cobertura en virtud de COBRA, hasta un máximo total de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la continuación de cobertura en virtud de COBRA y debe durar al menos hasta la finalización del período de 18 meses de la continuación de cobertura.

La extensión por discapacidad solo está disponible si notifica por escrito al Administrador del Plan la determinación de discapacidad por parte de la Administración del Seguro Social en un plazo de 60 días a partir de la última fecha de determinación de discapacidad por parte de la Administración del Seguro Social; la fecha del cese en el empleo o de la reducción de horas de trabajo del empleado cubierto; y la fecha en la que el beneficiario admisible pierde (o perdería) la cobertura según los términos del Plan como consecuencia del cese o la reducción de horas de trabajo del empleado cubierto.

Asimismo, para tener derecho a esta extensión, debe presentar esta notificación en un plazo de 18 meses tras el cese o la reducción de horas de trabajo del empleado cubierto. Debe proporcionar la notificación comunicándose con Maggie Pyles llamando al 661-209-6916.

Extensión por segundo evento admisible del período de 18 meses de la continuación de cobertura

Si su familia experimenta otro evento admisible durante los 18 meses de continuación de cobertura en virtud de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura en virtud de COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si se notificó adecuadamente al Plan acerca del segundo evento admisible. El cónyuge y los hijos dependientes que reciban la continuación de la cobertura pueden beneficiarse de esta extensión si el empleado o antiguo empleado muere, adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B, o ambas), o se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente, pero solo si el evento hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura en virtud del Plan si no se hubiera producido el primer evento admisible.

Otras opciones de cobertura

En lugar de inscribirse en la continuación de cobertura en virtud de COBRA, pueden existir otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicaid u otras opciones de cobertura de planes de salud colectivos (como el plan del cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura en virtud de COBRA. Puede obtener más información acerca de muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de cobertura en virtud de COBRA después que finaliza la cobertura de mi plan de salud conjunto?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza el primero de los siguientes:

- el mes siguiente a la finalización de su empleo; o
- el mes siguiente a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basado en el empleo actual.

Avisos legales

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de cobertura en virtud de COBRA en su lugar, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y puede tener una brecha en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la continuación de cobertura en virtud de COBRA y posteriormente se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de cobertura en virtud de COBRA, el Plan puede finalizar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura en virtud de COBRA no puede interrumpirse por tener derecho a Medicare, aunque se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura en virtud de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de cobertura en virtud de COBRA como en la de Medicare, generalmente Medicare pagará primero (pagador primario) y la continuación de cobertura en virtud de COBRA pagará en segundo lugar. Algunos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare. Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

¿Tiene preguntas?

Las preguntas relativas a su Plan o a sus derechos de continuación de cobertura en virtud de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos que se indican a continuación. Para obtener más información acerca de sus derechos en virtud de ERISA, incluidas COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), y otras leyes que afectan los planes de salud colectivos, comuníquese con la Oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos en su área o visite el sitio web de EBSA ingresando a <https://www.dol.gov/agencies/ebsa> (las direcciones y los números telefónicos de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA).

Mantenga informado a su Plan acerca de cualquier cambio de dirección

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al administrador del plan acerca de cualquier cambio en la dirección de sus familiares. También debería conservar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al administrador.

Información de contacto del Plan

Si desea obtener más información sobre el Plan y la continuación de cobertura en virtud de COBRA, comuníquese con:

Crystal Geysler Water Company, Oficina de Recursos Humanos, 1233 E. California Avenue, Bakersfield, CA 93312 661-809-6916.

Resúmenes de Beneficios y Cobertura (SBC)

De conformidad con la Ley de Atención Médica Asequible, los Resúmenes de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) están disponibles en el sitio web de Crystal Geysler. Si desea obtener una copia en físico de los SBC (sin cargo alguno), también puede comunicarse con el departamento de beneficios de Crystal Geysler llamando al 661-809-6916.

Crystal Geysler debe poner a su disposición los SBC, que presentan información importante sobre las opciones de planes de beneficios de salud en un formato estándar, para facilitarle la comparación entre planes y para que pueda elegir con conocimiento de causa. Los beneficios de salud que tiene a su disposición proporcionan una protección importante para usted y su familia, y la elección de una opción de beneficio de salud es una decisión importante.

Glosario

Ley de Protección al Paciente y Atención Médica (ACA)

También denominada Reforma de Atención Médica, la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica (ACA, por sus siglas en inglés) exige que los planes de salud cumplan determinados requisitos. La ACA entró en vigor en marzo del 2010. Desde entonces, ha exigido algunos cambios en la cobertura médica, como la cobertura de los hijos dependientes hasta los 26 años, la ausencia de límites de por vida en los beneficios médicos, la reducción de las contribuciones a la FSA, la cobertura de la atención preventiva sin costos compartidos, entre otros requisitos.

Medicamento de marca

La versión original del fabricante de un medicamento en particular. Debido a que los costos de investigación y desarrollo invertidos en el desarrollo de estos medicamentos se reflejan en el precio, los medicamentos de marca cuestan más que los genéricos.

Coaseguro

Porcentaje de los costos que usted paga "por cuenta propia" por los gastos cubiertos después de alcanzar el deducible.

Copago

Tarifa que debe pagar "por cuenta propia" por determinados servicios, como una visita al consultorio médico o un medicamento recetado.

Deducible

El monto que usted paga "por cuenta propia" antes de que el plan de salud comience a pagar su parte de los gastos cubiertos.

Contribuciones del empleador

Cada mes, la empresa le proporciona una cantidad de dinero que puede aplicar al costo de sus primas de atención médica. El monto de la contribución del empleador depende de la persona a la que cubra. Puede ver en monto que recibirá cuando se inscriba. Si se inscribe como empleado nuevo, el monto de la contribución del empleador se prorrateará en función de su fecha de contratación.

Medicamento genérico

Alternativa de menor costo a un medicamento de marca que tiene los mismos ingredientes activos y funciona de la misma manera.

Plan de salud con deducibles altos (HDHP)

Los planes de salud con deducibles altos (HDHP) son planes de seguro médico con primas más bajas y deducibles más altos que los planes de seguro médico tradicionales. Solo las personas inscritas en un HDHP pueden abrir una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) y contribuir a ella sin pagar impuestos.

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

Una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) es una cuenta de ahorros transferible que le permite reservar dinero para gastos de atención médica sin pagar impuestos. Para poder abrir una HSA, debe estar inscrito en un plan de salud con deducibles altos. La HSA se transfiere de un año a otro, paga intereses, se puede invertir y es de su propiedad, incluso si abandona la empresa.

Máximo de gastos por cuenta propia

La cantidad máxima que paga cada año "por cuenta propia" por gastos cubiertos. Una vez alcanzado el máximo de gastos por cuenta propia, el plan de salud cubre el 100% de los gastos cubiertos.

Año del plan

El año en el que permanecen vigentes los beneficios que elija durante la Inscripción Anual. Si usted es un empleado nuevo, sus beneficios permanecerán vigentes durante el resto del año del plan en el que se inscribió, y se inscribirá para el próximo año del plan durante la siguiente Inscripción Anual.

Atención preventiva

Servicios de atención médica que usted recibe cuando no está enfermo ni lesionado, para que se mantenga saludable. Estos incluyen controles médicos anuales, controles de salud adecuados para cada género y edad, atención médica para bebés sanos y vacunas recomendadas por la Asociación Médica Estadounidense.

Asistencia con el pago de las primas de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al 1-877-KIDS NOW o visite espanol.insurekidsnow.gov para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador. Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 17 de marzo de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad

ALABAMA – Medicaid
Sitio web: <http://myalhipp.com>
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid
El Programa de Pago de AK primas del seguro médico
Sitio web: <http://myakhipp.com>
Teléfono: 1-866-251-4861
Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

Avisos legales

ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program
Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/es>
Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711
Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): <https://www.mycohibi.com/>
Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>
Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web de GA HIPP:
<https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1
Sitio web de GA CHIPRA:
<https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2

INDIANA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro de salud
Todos los demás son Medicaid
Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
<https://www.in.gov/fssa/dfr>
Administración de familias y servicios sociales
Teléfono: 1-800-403-0864
Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>
Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY - Medicaid

Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): <https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhip.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx>
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/>

agencies/dms

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Maine relay 711
Página web por primos de seguro de salud privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: 711
Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MISSOURI – Medicaid

Sitio web: <https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: <https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
Teléfono: 1-800-694-3084
Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: 1-855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000
Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Sitio web de Medicaid: <http://dhcnp.nv.gov>
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>
Teléfono: 603-271-5218
Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218
Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
Teléfono: 1-800-356-1561
Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392
Sitio web de CHIP:
<http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)

NUEVA YORK – Medicaid

Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono: 1-800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov>
Teléfono: 919-855-4100

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>
Teléfono – 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web de CHIP:
<https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>
Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov>
Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico>
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP)
Sitio web: <https://medicaid.utah.gov/upp/>
Por correo electrónico: upp@utah.gov
Teléfono: 1-888-222-2542
Sitio web de expansión para adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>
Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>
Sitio web de CHIP: <https://chip.utah.gov/espanol/>

VERMONT – Medicaid

Sitio web:
<https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program>
Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>
<https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>
Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

Sitio web: <http://www.hca.wa.gov>
Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://dhr.wv.gov/bms/http://mywhipp.com/>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>

Avisos legales

Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid

Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>

Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 17 de marzo de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565



Crystal Geysir se reserva el derecho de modificar, enmendar, suspender o cancelar cualquier plan, en su totalidad o en parte, en cualquier momento. La información contenida en esta guía se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por el empleador. El texto contenido en esta guía se tomó de varias descripciones de resúmenes de planes e información sobre beneficios. Aunque se ha hecho todo lo posible para informar con precisión sobre sus beneficios siempre se pueden presentar discrepancias o errores. En caso de discrepancia entre la guía y los documentos del plan real, prevalecerán los documentos del plan real. Si tiene alguna pregunta acerca de la guía, comuníquese con Recursos Humanos.